UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 25

LES DERMITES PAR BRILLANTINES ET FARDS ACTUELS

(ELAÏKONIOSE FOLLICULAIRE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 Décembre 1946

PAR

René BAZAN

Né à Perpignan (Pyrénées-Orientales), le 2 Août 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur..... *Président*

DERVILLÉE, professeur.....

PIÉCHAUD, professeur..... *Juges*

LE COULANT, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire

1946

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0076

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 – N° 25

LES DERMITES
PAR BRILLANTINES ET FARDS ACTUELS
(ELAÏKONIOSE FOLLICULAIRE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 Décembre 1946

PAR

René BAZAN

Né à Perpignan (Pyrénées-Orientales), le 2 Août 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur..... *Président*

DERVILLÉE, professeur..... *Juges*

PIÉCHAUD, professeur..... *Juges*

LE COULANT, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire

—

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — **ASSESSEUR** : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ, CREYX
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	PIÉCHAUD
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	N...
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. PERRENS (Maladies mentales), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	N...
Médecine générale	N..., N..., N..., BROUSTET, N..., SARIC, DUBARRY, J. TRAISSAC
Chirurgie générale	N..., MASSÉ, N...

	MM.
Chirurgie générale	MAGENDIE, POUYANNE, LAUMONIER
Obstétrique	N..., MAHON
Ophtalmologie	BESSIÈRES
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD, N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	N...
Histologie	BROUSSY

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	FAUGÈRE
Puériculture	PÉRY
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD

	MM.
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	N...
Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Toute ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 2e CLASSE GALIACY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE BOURRET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
COMMANDEUR DU NICHAM IFTIKAR
OFFICIER DU OUISSAM ALAOUITE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE COULANT

MÉDECIN DERMATO-VÉNÉRÉOLOGISTE DES HÔPITAUX

Qui nous a inspiré ce travail et guidé avec tant de bienveillance. En témoignage de notre très grande reconnaissance.

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

OFFICIER D'ACADÉMIE

Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse. Hommage respectueux.

LES DERMITES
PAR BRILLANTINES ET FARDS ACTUELS
(ELAÏKONIOSE FOLLICULAIRE)

INTRODUCTION

Aussi bien dans le domaine alimentaire, industriel ou esthétique, la guerre et le blocus ont déterminé la fabrication d'ersatz qui sont à la base d'affections nouvelles et en particulier de dermatoses telles que : mélanose de Richl, maladie d'Hoffmann et Habermann, dermites des brillantines pour ne citer que les plus fréquentes.

A la suite des travaux de l'Ecole de Bordeaux, résumés dans la thèse de L'Epée et dans une publication qui paraîtra ultérieurement, on peut considérer la mélanose de Richl, caractérisée par un mélange de pigmentation et d'érythème variable, comme une affection dépendant uniquement d'une carence relative en vitamines (vitamine C surtout) entraînant des troubles dysendocrino-sympathiques.

Au contraire, la mélanodermite d'Hoffmann et Habermann, caractérisée par la coexistence d'un érythème pigmentogène comme dans l'affection décrite par Richl, et de comédons, de boutons d'huile, d'hyperkératose, de lichénisation, de bulles, est vraisemblablement due à l'association de deux facteurs : d'une part, facteur interne (avitaminose comme dans la mélanose de Richl) ; d'autre part, facteur externe (huiles de graissage, goudron et ses dérivés, vaseline impure). La coexistence chez un même sujet de

mélanoses du visage et du cou (facteur interne), et de boutons d'huile sur les avant-bras et les mains (facteurs externes des ouvriers d'usine) montre bien cette dualité étiologique.

Ces deux affections nécessitent donc un terrain spécial alimentaire et endocrinien, ce qui explique leur moindre fréquence.

A l'autre bout de la chaîne, par contre, une dermatose nouvelle que l'on peut voir chez tous les sujets sans nécessiter d'un terrain prédisposant (dermites des brillantines, fards et crèmes de beauté), sans mélanose, est uniquement due à un facteur externe : huiles de récupération qui entrent dans la composition des brillantines et des fards. Cette affection rappelle absolument, par les lésions qu'elle provoque, l'Elaïkoniose folliculaire de Paul Blum, que les ouvriers d'usine qualifient du terme plus imagé de : « Boutons d'huile ».

Discrètes chez certains malades, les lésions peuvent prendre des formes de gravité croissante suivant la durée d'application des produits de beauté.

Par ce travail, nous avons l'intention de faire l'étude anatomo-clinique de cette affection, et d'en préciser l'étiologie et la pathogénie.

Au point de vue médico-légal, cette affection ne manque pas d'intérêt et nous essaierons d'en faire une étude succincte.

HISTORIQUE

C'est l'Irlandais Purdou, de Belfast, qui donna la première description d'une affection de ce genre (On a hitherto undescribed form of skin disease, 1867).

Il décrivait une affection rencontrée uniquement chez les jeunes filles dont le travail consistait à retirer les bobines des machines, à les nettoyer et à les huiler. Ces ouvrières étaient employées dans les chambres de tissage (spinning room), elles étaient les « doffers » (retireuses). Leurs avant-bras présentaient sur toute leur surface des petits points noirs innombrables, montrant des orifices glandulaires obstrués par du sébum, « ce qui fait ressortir la place noire de la poussière qui y adhère » (Purdou).

La température des chambres de tissage est élevée; les jeunes filles transpirent et leur peau devient jaune sale. La sueur persistante rend les orifices des glandes sudoripares plus béants et, de la sorte, l'huile obstrue les orifices des glandes; la sécrétion retenue agit alors comme irritant. « L'affection me semble être une combinaison de lichen et d'acné » dit Purdou.

Plus tard, en 1889, Leloir observait et décrivait, chez les fileurs et rattacheurs des filatures de coton, une affection du même genre à laquelle s'appliquait le nom commode de bouton d'huile. L'origine semblait être due aux projections d'huile dans laquelle, selon Leloir, devait se trouver une matière goudronneuse et résineuse en dissolution.

En 1901, Dubreuilh présentait à une Société Savante de Bordeaux un cas d'acné professionnelle due au contact des

huiles minérales. Mais Dubreuilh la considérait comme une acné à caractère spécial et qui n'était que le début d'une série de lésions de gravité croissante.

Plus tard, Etienne Martin. Borne, Kohn-Abrest ont communiqué les résultats de leurs observations et travaux.

Thibierge, en 1916, portait la question devant l'Académie de Médecine, où il faisait ressortir son intérêt au point de vue clinique, hygiénique et médico-légal.

Pautrier et Diss, en 1926, en firent une excellente étude anatomo-pathologique.

Puis vinrent quelques communications sporadiques, et nous arrivons à l'époque contemporaine, où la question connaît un renouveau. En effet, nous trouvons des localisations de l'affection très différentes; si l'étiologie dans son fond reste sensiblement la même, elle change totalement dans sa forme; enfin, du point de vue médico-légal, l'aspect a totalement changé.

OBSERVATIONS

Dans le but de faire une description clinique à la fois sincère et vivante de l'affection qui nous occupe, il nous semble logique d'étudier les observations des malades qu'il nous a été possible de compulser et de suivre à la Clinique Dermatologique de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux. Et c'est de l'étude de ces observations et de celles dues à l'amabilité de M. le Professeur agrégé Le Coulant, que nous pourrons tirer les types cliniques que nous décrirons plus loin.

Observation I

(Service du Professeur Joulia)

M... (Germaine), cinquante et un ans, sans profession, demeurant à Luçon. Consultation du 3 janvier 1944.

Le début des lésions remonte au mois d'août 1943. Son entourage a remarqué à cette époque, sur son visage, des taches de crasse. Or, ces taches ne disparaissent ni par un savonnage vigoureux et prolongé, ni par nettoyage à l'éther.

Antécédents. — Jumelle née à huit mois, d'une famille de cinq enfants, tous bien portants.

Mère : quatre-vingt-trois ans, vivante et bien portante.

Père mort à soixante-douze ans. Bronchiteux chronique.

Réglée à quinze ans et demi. A ce moment là, atteinte pulmonaire.

Péritonite tuberculeuse en 1937, traitée par les rayons U. V.

Constipée chronique.

Examen. — Il ne s'agit pas de taches de crasse, mais d'une ponctuation noirâtre, localisée uniquement au niveau des

orifices pilaires, surtout sur le sillon palpébral inférieur, des deux côtés, l'angle externe de l'orbite, la région fronto-pariétale, à la limite du cuir chevelu.

Quelques rares éléments sont disséminés sur le cou. Les points noirs sont tellement rapprochés, tellement confluents, qu'ils donnent tout à fait l'impression de taches de crasse.

L'examen à la loupe montre une ponctuation noire orificielle, à peine saillante, un peu encastrée dans la peau qui paraît peu modifiée.

Parfois, on voit une croûtelle difficile à enlever; dans d'autres cas, on extirpe par pression un comédon banal.

Ces lésions rappelent celles que l'on voit chez les ouvriers d'usine, mais la malade n'est pas soumise à ce travail. Elle avoue, par contre, enduire régulièrement son visage d'une pommade.

Elle ne tousse pas, ne crache pas.

A l'auscultation, bronchite des sommets.

Cœur normal. T. A., 14 - 8; indice, 2,5; pouls, 70.

Mange vite. Digère bien; cependant, constipation opiniâtre.

Laboratoire :

Sang :

Hémoglobine	85 p. 100
Hématies	4.900.000
Leucocytes	2.800
Polynucléaires neutrophiles	55 p. 100
— éosinophiles	7 p. 100
Monocytes	5 p. 100
Lymphocytes	33 p. 100
Métabolisme basal	+ 6 p. 100
Ca total	98 mg.
Ca ionisé	0,045 g.
Protéides totaux	66 p. 1.000
Azotémie	0,26
Cholestérol	2 g.

Urines :

Urée	12 g. p. 1.000
Chlorure	14 g. p. 1.000

Albumine	0
Sucre	0
Porphyrine	0
Vitamine C	6 mg.
B. B. S.	385 mg. p. 1.000

Anatomie pathologique. — Epiderme d'épaisseur très variable suivant les régions; présentant de nombreux follicules cornés, dans lesquels on retrouve les caractéristiques histologiques des comédons. La ligne des papilles est aplatie au point que la basale est, par places, absolument rectiligne.

Légère hyperkératose feuilletée avec, par places, une légère parakératose. La granuleuse manque parfois; sur d'autres champs, elle est au contraire plus épaisse que normalement. Les cellules du corps muqueux de Malpighi sont très inégales.

Certaines régions sont cependant le siège de lésions histologiques un peu particulières; c'est ainsi que dans un champ, on trouve une hyperkératose assez marquée, avec saillie à l'extérieur du corps muqueux qui est nettement parakératosique.

Les cellules de Langhans s'infiltrent par leurs prolongements dans les interstices des cellules muqueuses. Le derme papillaire est épaissi; vallons cicatriciels avec de gros faisceaux collagènes, peu de fibrocytes, quelques nids de cellules mononucléées, mastocytes surtout autour des vaisseaux qui sont dilatés, sans réaction endothéliale.

Observation II

(Professeur agrégé Le Coulant)

J... (Yvonne), quarante ans. Consultation du 1er février 1946.

Vient consulter pour une pigmentation gris sale du visage, accompagnée d'hyperkératose, dont l'ensemble, en ailes de papillon sur le nez et les joues, rappelle à s'y méprendre un lupus érythémateux.

Cette malade raconte l'histoire suivante : depuis un an, elle emploie de façon constante une crème très grasse, de très bel aspect, d'une marque très en vogue, *qui sent le pétrole.*

Cet été, à Arcachon, ayant constaté que son visage devenait

gris sale et rugueux, elle enduisait copieusement celui-ci pour calmer la sensation de tension qu'elle éprouvait et, aussi, pour faire disparaître les croûtelles qui apparaissaient sur le nez et les joues.

Or, ces lésions ne font que s'accentuer et se développent au point d'envahir la partie supérieure du visage et les joues, en épargnant les lèvres, le menton, les paupières.

Antécédents. — Rien de bien saillant : scarlatine, diphtérie.

Réglée à quatorze ans. Mariée à vingt et un ans.

Elle a deux enfants et a fait deux fausses couches.

Elle se porte bien et son mari aussi.

Examen. — On constate que l'ensemble du visage a une teinte gris sale, avec un maximum au niveau des tempes, des sourcils, du nez et des joues. Les lèvres, le menton, les paupières sont presque de couleur normale.

Sur ce fond hyperpigmenté, des croûtes très adhérentes, formées d'hyperkératose folliculaire acuminée, s'étendent sur le nez et les joues, en ailes de papillon, rappelant par leur disposition le type classique du lupus érythémateux. Mais les lésions sont bien moins infiltrées et il n'y a pas de douleur au grattage.

Sur la face supérieure des sourcils, deux plaques ont le même aspect, mais sont plus petites, de la dimension d'une pièce de monnaie.

A la loupe, on constate que tout le visage, sauf le menton, les lèvres et les paupières, est le siège d'une kératose folliculaire plus légère et surtout d'un semis très serré de comédons de couleur variable, parfois à peine visibles, d'autres fois plus volumineux, comme une tête d'épingle en acier.

L'ensemble du visage est râpeux. Sur les tempes, les lésions s'étendent sans transition sur le cuir chevelu.

Sur le front, les lésions sont bien limitées au niveau de la naissance des cheveux. Les lésions vont en s'estompant sur les joues, au fur et à mesure que l'on gagne la branche horizontale du maxillaire. Le cou est indemne.

Les muqueuses ne présentent aucune lésion.

La malade est enceinte de six mois. Elle supporte bien sa grossesse.

T. A., 14 - 8; indice, 1.

Laboratoire :

Urines du 18 février 1946 :

Vitamine C	0,0033 par litre
B. B. S.	0,616
Porphyrine	0

Le 22 février 1946 :

Vitamine C	0,0025
B. B. S.	0,616
Porphyrine	0
Métabolisme basal	+ 19,7 p. 100

Sang :

Protides totaux	77
Sérum albumine	48,2
Globuline	28,8
Rapport $\frac{\text{sérum albumine}}{\text{globuline}}$	1,6
Ca total	0,152
Ca ionisé	0,059

Traitement. — Résorcine, vaseline salicylée.

Observation III

(Professeur agrégé Le Coulant)

M^me^ J... (Julie), trente-six ans. Consultation du 24 novembre 1945.

La malade se présente avec des lésions du visage, au niveau des tempes, sur les deux joues, apparues depuis quelques mois. Elle avoue passer régulièrement de la brillantine sur ses cheveux. On constate des nappes noirâtres formées de points noirs comédoniens, presque confluents, gros comme une pointe d'épingle, très serrés au centre des plaques, dispersés à la périphérie.

Urines :

Porphyrine	0
Vitamine C	10 mg.
Rapport $\frac{\text{urée}}{\text{chlorures}}$ = ...	0,30

Sang :

Ca total	115 mg.
Ca ionisé	48 mg.
Protides totaux	78 g. p. 1.000
Chlore plasmatique	3,68
Indice de chloruration	2,02

Traitement local. — Vaseline salicylée.

Revue le 16 janvier 1946. Malgré la cessation de la brillantine, les lésions continuent d'évoluer, nombreuses folliculites et, surtout, infinité de petits kystes sébacés qui soulèvent l'épiderme qui prend un aspect en peau d'orange, sur les joues surtout.

Traitement local. — Crème de Zn le jour, pommade soufrée la nuit.

Revue le 14 février 1946. Les petits kystes continuent d'évoluer; certains s'infectent et suppurent.

Traitement. — Radiothérapie superficielle, selon la méthode des Canadiens. Revue guérie.

Observation IV

(Professeur agrégé Le Coulant)

R... (Janine), vingt-cinq ans, de Segonzac (Charente).

Vue le 7 décembre 1945 pour des lésions des deux joues, datant de juillet 1945.

On voit des placards de comédons noirs, plus ou moins confluents, avec quelques formations d'hyperkératose folliculaire sur les tempes et les joues qui donnent à la peau une sensation désagréable de râpe. Elle utilise depuis longtemps une brillantine à *légère odeur de pétrole.*

Examen. — Météorisme abdominal, signes de fermentation intestinale.

T. A., 11 - 6; indice, 1,5.

Antécédents. — Rien à signaler.

Traitement local. — Crème de Zn, savon liquide.

Observation V

(Professeur agrégé Le Coulant)

C... (Laure), cinquante-trois ans, vient de Biar (Charente).

Vue le 7 décembre 1945 pour des lésions du visage et du cuir chevelu, apparues depuis quelques mois, alors qu'elle utilisait une brillantine fabriquée avec de l'huile à machines.

En plus de comédons en lisière du cuir chevelu et sur les tempes, on trouve des folliculites qui rappellent les boutons d'huile. Kératose folliculaire, en placards diffus, sur les tempes et au voisinage des joues.

Examen. — Digestions lentes.

T. A., 20 - 9; indice, 4.

Traitement local. — Crème de Zn.

Observation VI

(Professeur agrégé Le Coulant)

L... (Nicole), treize ans, de Libourne.

Vue le 7 février 1946 pour des lésions des pommettes, des oreilles, du menton et du front.

Ce sont des lésions composées de comédons en nappes dures et serrées, et de folliculites acnéiformes surtout sur le front. Vu de loin, le visage prend une teinte gris sale, du fait de la quantité de comédons qui occupent avec prédilection les régions déjà signalées, mais également tout le masque.

Sa mère avoue avoir brillantiné chaque matin les cheveux de l'enfant. Elle-même, qui utilise le même produit, commence à présenter des comédons du côté des tempes.

Antécédents. — Petite hépatique, constipée.

Traitement. — Lotion de résorcine, Vitadermacine, vulcase.

Revue le 18 mars 1946. A été opérée d'appendicite. Va bien. Les lésions du visage ont presque disparu.

Observation VII

(Professeur agrégé Le Coulant)

C... (Pierre), quarante-quatre ans.

Se présente le 8 avril 1946 pour acné chéloïdienne de la nuque. Il signale des lésions disgracieuses au niveau des tempes, des paupières inférieures, de la commissure externe des yeux et du pavillon des oreilles.

Il s'agit de nappes de petits comédons noirs, presque confluents, qui donnent à la peau une teinte gris sale. N'a pas d'hyperkératose folliculaire, pas de folliculites non plus. Il avoue employer une huile à odeur d'essence pour se lisser les cheveux, depuis un mois.

Traitement. — Vaseline salicylée. Extraction des comédons de la commissure externe de l'œil avec un tire-comédons.

Revu le 22 mai 1946. Très amélioré, continue le traitement.

Observation VIII

(Professeur agrégé Le Coulant)

T... (Georges), trente-quatre ans.

Vu le 5 avril 1946. Présente sur le front, le cuir chevelu et les régions temporales un semis de comédons de volume très inégal, consécutifs à l'application d'une brillantine. Un traitement par la pommade soufrée a produit de l'eczématisation du visage. On suspend cette pommade.

Traitement. — Crème de Zn, crème ichtyolée.

Observation IX

(Professeur agrégé Le Coulant)

T... (Juliette), trente-six ans.

Vue le 4 mai 1946 pour un semis de petits comédons punctiformes, mais confluents sur la région palpébrale inférieure et les joues. On note un épaississement des téguments. La

malade se plaint de prurit et de fatigue. Elle avoue passer sur son visage un fard à odeur d'essence.

La tension est de 9 - 5; indice, 1,5.

Traitement. — Vaseline salicylée.

Observation X

(Professeur agrégé Le Coulant)

S... (Bernard), neuf ans, de Champagnac (Charente-Maritime).

Vient pour des lésions du visage apparues depuis quelques semaines.

On voit des petits comédons confluents en nappes sur le visage, surtout sur les joues et au voisinage des oreilles, avec quelques folliculites acnéiformes. La mère, qui emploie la même brillantine, commence à présenter les mêmes lésions au niveau des régions palpébrales.

ETUDE CLINIQUE

La gravité des lésions que nous allons étudier est avant tout fonction de la durée d'application des produits de beauté. Ceux-ci ont en effet une action lente, continue, progressive. On peut donc considérer dans la description clinique de ces dermites des stades de gravité croissante; remarquons d'ailleurs que ces stades peuvent coexister chez un même malade, certaines lésions évoluant plus rapidement que d'autres.

Le premier symptôme en date est le prurit localisé surtout sur le front, les tempes, le pavillon des oreilles, les pommettes. Le malade se plaint de démangeaison modérée, rarement vive, s'accompagnant exceptionnellement de lésions papuleuses. On peut voir quelques points noirs à la périphérie du cuir chevelu et c'est tout.

Stade de ponctuation folliculaire. — Petit à petit, les points noirs sont devenus plus nombreux (encrage des follicules). Ils ne sont pas superficiels; ni la brosse, ni le savon ne peuvent les déplacer, ni les faire sortir de l'ostium folliculi, où ils sont déjà encastrés. Si le malade utilise une brillantine, on voit ce granité noirâtre particulièrement sur le front (pourtour du cuir chevelu), sur les régions temporales et le pavillon des oreilles. S'il s'agit d'une crème de beauté, les lésions se trouvent sur les pommettes, les joues et le visage en général. Le siège de ces points noirs, à la base même du follicule, est un signe de grosse valeur, car il donne la clef du diagnostic.

Stade des comédons. — Si le malade continue l'application de brillantine ou d'autres produits, les lésions iront s'aggravant. Après l'oblitération du follicule, les comédons se formeront.

Le comédon apparaît comme un petit ver que l'on peut faire saillir par expression et dont le sommet externe présente un point noir. Ce petit ver, ce tonnelet renferme le contenu sébacé du follicule. Le cylindre de sébum est court, vermiforme, habituellement jaunâtre et d'une consistance semi-fluide.

A l'examen histologique, ces comédons renferment des cocci divers, de nombreuses poussières et surtout des poussières métalliques (fer, chrome).

Lorsque les comédons sont nombreux et très serrés, ils peuvent donner l'impression d'une pigmentation, mais c'est là une fausse pigmentation que l'on décèle à un examen un peu attentif.

Le prurit s'accentue, l'infection se surajoute et nous arrivons alors au :

Stade de folliculite acnéiforme (boutons d'huile). — L'infection se traduit par une rougeur marquée au niveau du follicule; des saillies papuleuses acuminées apparaissent. Les papules, centrées toujours par un point noir ou par un orifice folliculaire obstrué, ont des dimensions variables : les plus petites, de la taille d'une tête d'épingle en acier; les plus grandes, d'une lentille.

Elles sont légèrement prurigineuses, leur couleur est rouge terne habituellement, parfois elles ont un aspect violacé, ecchymotique, parfois brunâtres, quelquefois enfin elles sont cuivrées ou jambonnées et ont un véritable aspect syphiloïde.

Leur forme acuminée n'est pas constante, elles sont souvent aplaties, plus rarement coniques, rarement très saillantes, sauf lorsqu'il y a confluence.

Le malade, inquiet, demande conseil au médecin. Il est

encore possible d'arrêter assez facilement à ce stade l'évolution des lésions. Sinon, apparaît alors le :

Stade d'acné pustuleuse. Le sommet de l'élément papuleux se modifie alors, et une petite collection purulente s'y manifeste. La suppuration est souvent superficielle, le centre se soulève; sous l'épiderme aminci, apparaît une gouttelette de pus jaune, centré par un point noir; cette pustule est entourée habituellement d'un halo inflammatoire.

Cette gouttelette de pus sourd rapidement de la fistule ou se dessèche en croûtelle; sur d'autres points, l'infection se fait en profondeur. Le follicule est notablement tuméfié; la papulo-pustule est chaude, dure, douloureuse; le pus paraît fuser dans le fond des culs-de-sac glandulaires et avoir peu de tendance à s'ouvrir spontanément. On peut alors observer toutes les formes de transition jusqu'au véritable abcès acnéique. Si l'ouverture est spontanée, il se forme une croûte assez épaisse, ostréacée, plus grande parfois qu'une lentille.

Voici donc tracée, stade par stade, l'évolution habituelle de ces dermites.

Notons aussi que le processus d'hyperkératose folliculaire est très fréquent chez ces malades, sous forme de placards d'étendue variable.

Les kystes sébacés que l'on voit disséminés sur tout le visage, ou en plages confluentes, représentent un stade avancé de ces dermites, et sont la manifestation d'un usage prolongé des produits toxiques (observation III).

Ce sont de petites tumeurs du volume d'une tête d'épingle en acier à une lentille, molles et pâteuses au toucher, plus ou moins saillantes suivant l'épaisseur de la peau. Ces petits kystes portent à leur sommet un comédon. Ils ont un caractère distinctif, leur ombilic, c'est-à-dire un orifice qui fait communiquer leur cavité avec l'extérieur d'où, par pression, on peut extraire une matière pâteuse ou grumeleuse,

jaunâtre, assez grasse au toucher. Par le grattage énergique, le comédon peut être enlevé, et l'ombilic présente ainsi une voie de pénétration à l'infection, c'est ce qui a eu lieu chez la malade de l'observation III.

Remarquons d'ailleurs que, pour Sezary et Bolgert, l'acné comédonienne des brillantines actuelles est essentiellement une dilatation kystique du follicule pileux.

Formes cliniques

Forme hyperkératosique (pseudo-lupus érythémateux). — Assez souvent, les follicules pilo-sébacés sont atteints d'hyperkératose, ainsi que la région marginale du follicule. Dans l'antre, se trouve enchassé un petit bouchon corné, conique, brun jaunâtre, d'où émergent des poils, soit normaux, soit sectionnés près de leur émergence.

Si le processus d'hyperkératose prend une grande extension, l'aspect du malade est alors bien spécial. Ainsi, dans l'observation II, on constate chez la malade une hyperkératose en forme d'ailes de papillon, sur le nez et les joues, dont l'ensemble ressemble à s'y méprendre au lupus érythémateux.

A la palpation, la peau a perdu sa souplesse normale et donne une impression de parchemin; cependant, les lésions sont moins infiltrées que dans le lupus érythémateux.

C'est alors que se pose le diagnostic différentiel de ces variétés de dermites avec le lupus érythémateux et en particulier la forme décrite par Gougerot, et déclenchée par l'exposition au soleil.

Forme avec pigmentation

Association de boutons d'huile et de mélanose de Richl. Maladie d'Hoffmann et Habermann. - A côté des lésions habituelles (comédons, boutons d'huile), certains malades présentent une pigmentation du visage et du cou du type de la mélanose de Richl.

D'après Joulia, Le Coulant et Servantie, il semble bien que les boutons d'huile et comédons soient provoqués par des brillantines et crèmes de beauté falsifiées; la mélanose, par contre, doit être mise sur le compte d'un facteur interne alimentaire (avitaminose).

Nous insistons sur ce fait, car la majorité des auteurs ne semblent pas avoir fait la distinction entre la mélanose de Richl et la maladie d'Hoffmann et Habermann.

Au point de vue clinique, cette variété débute par un érythème rouge vif du type érythème solaire. En même temps le malade se plaint d'un prurit plus ou moins marqué avec, quelquefois, sensation de brûlure. Cet érythème qui évolue par poussées, qui est influencé par les règles, par les changements de température, précède une pigmentation qui, d'abord constituée par des taches grises, donne bientôt au visage l'aspect d'une peau sale.

Cette pigmentation est d'ailleurs variable, sa teinte évolue du gris ardoisé au brun ocre ou même chocolat. Elle débute au niveau du follicule pileux et s'étend excentriquement. Elle est accentuée sur le front, les régions zygomatiques, temporales, d'où elle fuit vers le cuir chevelu et s'étend sur les oreilles et le cou, pour s'estomper en formant de petits îlots qui s'égrènent sur le thorax jusqu'à la limite du décolleté.

Sur le front, la pigmentation cesse brusquement à un centimètre environ de la zone d'implantation du cuir chevelu. La peau devient sèche, rugueuse, tendue; le grattage détermine une traînée blanchâtre ou grisâtre farineuse. Puis elle desquame en fines lamelles.

Erythème et pigmentation coexistent; des poussées congestives vont donner au malade un aspect variable (du brun sale au violet aubergine, lie de vin), suivant qu'il y aura prédominance de l'élément érythémateux ou de l'élément pigmentaire.

Sans traitement, l'affection s'achemine vers une atrophie cicatricielle réticulée avec fines télangiectasies visibles à la

loupe et, mieux, au microscope. On a alors la poïkilodermie du visage et du cou de Civatte, stade terminal de l'évolution de la mélanose.

Contrairement à la maladie d'Addison, ici les muqueuses sont intactes.

Sur cet ensemble érythémato-pigmentaire, on voit quelques granités noirâtres constitués par un semis de comédons, quelques folliculites acnéiformes surtout au pourtour du cuir chevelu, quelques placards d'acné pustuleuse. Enfin, pour compléter le tableau, des zones d'hyperkératose folliculaire, quelques papules lichénoïdes rosées, petites, souvent polygonales, à surface aplatie et brillante, à jour frisant; des bulles de dimensions variables, saillantes ou hémisphériques, ou flasques et flétries.

Chez ces malades, Joulia, Le Coulant et Servantie ont de plus constaté un syndrome endocrinien : insuffisance cortico-surrénale, avec sensation de fatigue, tension basse, tendance aux lypothymies; une hyperthyroïdie avec instabilité et métabolisme basal augmenté; une grande dénutrition, de l'hypo ou dysovarie, de l'hyperparathyroïdie avec modification du métabolisme du Ca.

Un syndrome d'avitaminose, avec souvent abaissement de l'acide ascorbique urinaire et, très souvent, augmentation du bloc pymurique (B. B. S.).

Enfin, un syndrome humoral; dans les urines, abaissement du rapport $\frac{\text{urée}}{\text{chlorures}}$; dans le sang, parfois, concentration sanguine avec hyperglobulie et augmentation des protéines totales.

Ce sont ces constatations qui ont permis à ces auteurs de considérer la maladie d'Hoffmann et Habermann comme un terme de passage entre la mélanose de Richl, affection d'origine purement interne, et les dermites des brillantines et crèmes de beauté d'origine purement externe.

ETUDE ANATOMIQUE

Affection exclusivement folliculaire, c'est aux modifications du follicule pilo-sébacé que nous consacrons ce chapitre.

Deux détails de la structure du follicule, ce « défaut de la cuirasse épidermique » (Darier), sont intéressants :

Le premier est relatif à la différence de constitution au-dessus et au-dessous de l'embouchure de sa glande sébacée;

Le deuxième, fait anatomique remarquable, est que le follicule pilo-sébacé est entouré d'un lacis particulièrement riche de vaisseaux sanguins et de nerfs.

Chacun de ces deux détails trouve son importance dans l'étude anatomo-pathologique.

1° La partie externe du follicule (au-dessus de l'embouchure de la glande sébacée) participe à la pathologie de l'épiderme et ne sera que peu modifiée, celui-ci étant très peu lésé. La partie profonde, elle, subira de grandes modifications.

2° Le riche réseau folliculaire explique l'apport des germes pathogènes par voie capillaire; la péri-angio-folliculite de Besnier.

Ces faits anatomiques connus, nous pouvons envisager l'évolution des lésions à leurs différents stades.

1° Au stade de ponctuation folliculaire, il y a obstruction de l'entonnoir par des substances grasses, huileuses; plus profondément, le follicule est rempli de cellules cornées.

2° Au stade des comédons, il y a hyperkératose de l'entonnoir folliculaire, le tonnelet sans fond est formé, le folli-

cule se distend, hypersécrétion de la glande sébacée, la cavité est remplie d'un magmat de masses cornées, de sébum et de substances huileuses.

3° Au stade des folliculites acnéiformes, on constate alors que le derme est le siège d'une cavité volumineuse, renfermant des anneaux concentriques de kératine, moulés sur les parois du follicule, s'écaillant progressivement dans la partie centrale de la cavité. Ce kyste est constitué par un revêtement malpighien disposé sur plusieurs assises.

L'examen en coupes sériées précise la forme de ce kyste. Il est d'autant plus volumineux qu'il est plus profondément enchassé dans le derme; ses parois subissent une évolution cornée, s'amincissent de telle sorte que, dans la profondeur, le kyste est creusé comme à l'emporte-pièce.

Dans l'autre sens, plus le kyste se rapproche de l'épiderme, plus son volume diminue et plus ses parois épithéliales s'épaississent. On finit par assister à son ouverture et à l'éviction des lamelles cornées qui le remplissent, réalisant ainsi un aspect de comédon géant.

Autour du follicule, on note tous les signes de l'inflammation, infiltration de cellules rondes, dilatation des vaisseaux, destruction de tissu collagène, amas de lymphocytes.

4° Au stade d'acné pustuleuse, on voit l'infiltration des cellules rondes s'étendre, englober tout le follicule pileux, détruire sur une étendue variable le tissu collagène. Le derme est envahi par de larges manchons de lymphocytes et des cellules conjonctives jeunes. Le pus, enfin, peut détruire les parois du follicule et pénétrer dans celui-ci.

Dans la forme hyperkératosique enfin, un bouchon corné est enchassé dans l'épiderme atrophié.

En résumé, on peut, avec Sezary et Bolgert, considérer que cette affection est avant tout une dilatation kystique intradermique du follicule pilo-sébacé, il en découle donc que l'épiderme est pratiquement intact, jusqu'au moment où les lésions infectieuses s'étendent.

ETIOLOGIE

L'analyse d'une de ces brillantines à donné les résultats suivants :

Huile de paraffine	72 p. 100
Alcool dénaturé	12 p. 100
Ether de pétrole	14 p. 100
Impuretés diverses (métalliques) ..	2 p. 100
Réaction	Acide

Toutes ces brillantines et crèmes de guerre sont donc toxiques parce qu'elles contiennent des corps gras de remplacement dont l'utilisation a été rendue nécessaire par la pénurie du temps de guerre.

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'origine de ces dermites doit être recherchée dans la présence d'huiles minérales de récupération, largement usagées (puisque leur indice de saponification est souvent nul) et fortement acides. Les crèmes de beauté, elles, renferment des vaselines impures. Enfin, le rôle des carbures d'hydrogène dits légers, contenus dans ces produits, est aussi important, car ils représentent les produits de corps de distillation du goudron de houille et des pétroles qui, on le sait, provoquent des folliculites; alors que les produits de tête sont responsables d'accidents sanguins ou hépatiques, les produits de queue donnant des papillomes.

L'étiologie est donc sensiblement la même dans l'affection que nous étudions, dans l'élaïkoniose des ouvriers d'usine et dans les dermatoses pétrolières décrites par les Russes

(Bagdanovitch). Toutes ces affections se ressemblent et font partie de la même famille.

A côté des causes principales (huiles minérales de récupération à réaction acide, carbures d'hydrogène, impuretés métalliques), il y a aussi des causes favorisantes. C'est le cas pour un terrain déjà acnéique et séborrhéique. Le flux séborrhéique contribuant à fixer et à retenir les produits passés sur la peau.

Certains auteurs considèrent comme favorable un terrain tuberculeux, strumeux et lymphatique.

Les irritations externes de toutes sortes sont des facteurs plus importants, notamment l'action de la lumière et du soleil, la chaleur, frottements, grattages et toute cause en somme qui favorise la congestion de la peau, active le fonctionnement des glandes et détermine des hypersécrétions sébacées.

Dans le cadre de l'étiologie de la mélanodermite d'Hoffmann et Habermann, nous pensons, après Joulia, Le Coulant et L'Epée, que ces brillantines et crèmes de beauté peuvent jouer un rôle révélateur et localisateur de la pigmentation, mais elles n'en sont jamais le facteur déterminant.

ETUDE PATHOGÉNIQUE

Les diverses controverses qui se sont élevées pour expliquer la pathogénie de cette affection montrent qu'elle est encore assez mal connue. Nous allons donc examiner les théories proposées et nous essaierons d'en tirer des conclusions.

Première théorie. — L'huile est le principal responsable

L'huile pénétrant dans l'antre folliculaire bloquerait toute sécrétion sébacée, d'où réaction intra et périfolliculaire et formation du bouton (Leloir). Cette théorie a en sa faveur le cas de l'acné par l'huile de cade, mais elle a contre elle des faits expérimentaux.

En effet, des frictions ont été faites avec des huiles incriminées pendant plusieurs jours; puis recouvertes d'un emplâtre afin d'isoler du milieu extérieur. Dans aucun cas on n'a constaté l'apparition des symptômes décrits. Il semble donc bien que l'huile seule soit incapable de provoquer une dermite du genre étudié.

Deuxième théorie. — Théorie koniosique

Pour Blum, l'impureté métallique, la koniose, voilà l'agent essentiel qui produit la lésion : « Il est certain que les poussières peuvent favoriser la dystrophie folliculaire et les altérations du sébum retenu ».

Pour l'auteur, l'huile n'a que fort peu d'importance : il

est en effet bien des folliculites acnéiformes ressemblant à l'élaïkoniose folliculaire, où l'huile n'entre pas en jeu. Telle la folliculite acnéiforme des cimentiers due à l'irritation locale par des poussières sèches des composés calciques.

Comment agit la koniose ? De deux manières :

La koniose agent mécanique pur. — Quand le canal excréteur commun du bulbo-pileux est obstrué par les konioses, le produit de sécrétion ne peut être expulsé au dehors, d'où distension mécanique du canal excréteur et de la glande elle-même.

La koniose, vecteur d'un principe chimique irritatif. — Blum soutient cette hypothèse sans préciser quel est ce principe chimique. Quoi qu'il en soit, le processus chimique aboutit à l'hyperkératose, ce qui est fréquent.

Blum est donc partisan d'une hypothèse presque essentiellement mécanique. Il est pourtant des cas où des ouvrières travaillant au contact de poussières ne présentent pas de folliculites acnéiformes. Il ne semble donc pas que, dans tous les cas, une action mécanique simple puisse déterminer une réaction folliculaire.

Troisième théorie. — Théorie infectieuse

L'expression des comédons, si fréquents dans nos dermites, donne une matière sébacée qui, examinée au microscope, révèle la présence en son sein de cocci divers. Certains auteurs ont voulu bâtir une théorie infectieuse en s'appuyant sur cette constatation. Or, ces germes ne sont que des saprophytes banaux de la peau qui arrivent secondairement; ils ne sont pas apportés par la brillantine, car l'huile minérale qu'elle contient a un certain pouvoir bactéricide (Hausser). En effet, si l'on ensemence ces huiles avec des colonies de staphylocoques et de streptocoques, au bout d'une heure ces colonies ont cessé de croître et, en vingt-quatre heures, ces huiles sont stériles.

Théorie mixte

L'analyse de la brillantine révèle :

1° Une huile minérale impure et usagée;
2° Des dérivés du pétrole (carbures d'hydrogène) ;
3° Des impuretés diverses;
4° Une réaction acide.

Aussi, nous ne pensons pas qu'une théorie à prédominance mécanique puisse être acceptée. Blum décrit une affection qui apparaît chez des ouvriers subissant des projections d'huiles minérales, condition qui n'est pas réalisée chez nos malades.

On peut donc envisager dans la genèse de la maladie des brillantines et crèmes de beauté : d'abord l'oblitération de l'ostium folliculi par un conglomérat d'huile, d'impuretés et de squames, l'ensemble formant un véritable ciment.

Dans un deuxième temps, l'action toxique et irritative de l'huile minérale ou de la vaseline impure, des carbures d'hydrogène et de l'acidité du produit, entraînant la réaction folliculaire qui donnera naissance aux divers stades que nous avons décrits. Ajoutons à cela l'action hyperplasiante bien connue de l'huile de paraffine, et l'on comprendra aisément que tous ces facteurs puissent entraîner la dystrophie folliculaire.

La pathogénie de la mélanodermite d'Hoffmann et Habermann reste la même pour les lésions manifestement d'origine externe (comédons, folliculites cunéiformes, etc.) ; l'érythème pigmentogène au contraire, selon Joulia, Le Coulant, Servantie et L'Epée, est sous la dépendance de la carence vitaminique que l'on constate chez ces malades; cette carence entraînant des troubles dysendocrino-sympathiques qui sont directement à l'origine de la pigmentation.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'a pas été facile au début quand nous ignorions la cause de ces lésions. On pouvait, en effet, très souvent penser à de l'acné intense, mais la localisation très spéciale des lésions, sur les tempes et en bordure du cuir chevelu, laissait prévoir une autre étiologie. Dans une de nos observations, le nom de maladie de Darier au début a pu être prononcé, mais la localisation, encore une fois, était troublante.

Il faudra donc, pour poser le diagnostic de dermites des brillantines, penser à cette affection et interroger le malade dans ce sens. Quelques affections seront à écarter; tout dépendra du stade de la maladie.

Lorsque le malade ne se plaint que de prurit les premiers jours de la maladie (ceci n'est d'ailleurs pas fréquent), et si quelques papules apparaissent sur les tempes, le front ou en bordure du cuir chevelu, il ne faudra pas les confondre avec des papules de prurigo aigu. Cette affection apparaît brusquement, mais souvent elle est précédée de papules urticariennes; lorsque les papules sont excoriées, recouvertes de croûtelles, le diagnostic est parfois difficile.

Au stade de ponctuation folliculaire, on écartera les tatouages provoqués par les poussières de charbon, de suie ou de métal qui s'incrustent dans le derme et sous l'épiderme, et ont une teinte bleutée caractéristique.

Au stade suivant, c'est à *l'acné juvénile* que l'on pensera le plus souvent. Pourtant, l'aspect séborrhéique spécial du malade, son âge (aux environs de la puberté), l'abondance

des lésions comédonniennes sur le nez, diffèrent un peu des dermites que nous étudions.

Citons aussi pour l'éliminer *l'acné iodique* qui se traduit par une apparition aiguë de papules rouge vif, souvent assez grosses. L'interrogatoire apprend l'usage prolongé d'iodure ou d'un dépuratif à base d'iodure. En outre, l'absence de ponctuation folliculaire permet de faire le diagnostic.

On pourra aussi penser à *l'acné chloré et bromique;* l'interrogatoire sera alors un aide précieux.

Les *syphilides acnéiformes* seront faciles à différencier par le contexte clinique; il en sera de même pour les *tuberculides acnéiformes* que l'on voit chez des malades largement entachés de tuberculose locale, ganglionnaire, osseuse, articulaire ou parfois pulmonaire.

Les *adénomes symétriques de la face,* par leur nombre, leur symétrie, leur volume (d'un grain de mil à celui d'un pois), leur indolence, leur localisation dans les sillons nasogéniens, racine du nez, front, menton, pourtour de la bouche, présentent un aspect assez facile à différencier.

Le *psoriasis de la face* ne sera pas confondu, car ses éléments plats, peu distincts, discrets, de teinte rouge, et surtout ses squames de peu d'épaisseur, ont un aspect qui s'écarte bien des dermites étudiées.

La *maladie de Darier* peut présenter quelques difficultés. Les lésions sont dans ce cas folliculaires : ce sont des papules sèches recouvertes d'une croûte sous laquelle on trouve une matière jaunâtre rappelant la matière sébacée.

Mais si ces lésions apparaissent au visage, on les voit aussi sur le tronc (aisselles, aînes, gouttières présternales) et sur les membres, régions palmaires et plantaires, ce que l'on ne voit pas dans les dermites par brillantine.

Signalons rapidement la *sébocystomatose* ou maladie polybystique sébacée de la peau qui, par sa localisation sur le tronc, ne peut être confondue.

Enfin, le *lupus érythémateux* sera séparé de la forme hyperkératosique, car la limitation des lésions par une

bordure nette, l'infiltration, la douleur au grattage, l'imprégnation bacillaire ne se trouvent pas en général dans l'hyperkératose de la maladie des brillantines.

Quant à la *forme pigmentaire* de la maladie d'Hoffmann et Habermann, on saura écarter : maladie d'Addison, cirrhose bronzée, mélanose arsenicale, pigmentation paludéenne, etc.

TRAITEMENT

Le traitement est assez simple dans les formes bénignes du début. Il faudra tout d'abord supprimer l'emploi de la brillantine ou de la crème de beauté suspecte.

Dans un premier temps, on peut pratiquer un bon lavage et savonnage à l'eau chaude, de façon à ramollir l'épiderme.

On prescrit alors une crème type :

Vaseline pure	30 g.
Lanoline	15 g.
Eau de fleurs d'orangers Eau de chaux Eau de roses	â â 5 g.

Quelques petits massages.

Lorsque les comédons forment des nappes importantes, on formule de la vaseline salicylée au 1/20. On exprime les follicules et on extirpe les comédons avec un tire-comédons. On peut alors toucher chaque follicule avec une solution d'alcool iodé au tiers.

On a aussi utilisé dans ces cas des pommades soufrées du type suivant :

Soufre précipité	5 g.
Talc de Venise	2 g.
Glycérine neutre	60 g.
Teinture de quillaya	10 g.
Eau de roses	120 g.

Ces préparations soufrées ont l'inconvénient d'être inconstantes dans leur action. A côté de succès qu'elles peuvent

donner, on peut aussi aboutir à une aggravation des lésions avec eczématisation.

L'ichtyol a été aussi employé en pommade non grasse ou sous forme d'application de compresses imbibées d'ichtyol en solution.

Dans la forme à kystes sébacés, la radiothérapie superficielle, selon la méthode des Canadiens (Mac Kée, Archambault et Marin), a donné de bons résultats à M. le Professeur agrégé Le Coulant.

Dans la forme hyperkératosique (observation II), on conseillera surtout des préparations à base d'acide salicylique et de résorcine, et on interdira l'exposition au soleil.

Il est évident que, dans le cas d'une maladie d'Hoffmann et Habermann, on prescrira de plus un traitement vitaminique et endocrinien.

ASPECT MÉDICO-LÉGAL

Si l'élaïkoniose folliculaire des ouvriers d'usine est considérée avec raison comme maladie professionnelle, on conçoit aisément que l'aspect médico-légal change totalement dans le cas que nous envisageons.

Les accidents observés par l'emploi des produits de beauté posent en effet le problème de la responsabilité, soit de celui qui les utilise, soit de celui qui les fabrique, soit enfin de celui qui les vend.

Du point de vue légal, la loi du 21 Germinal an XI, articles 29, 30 et 31, prévoyait l'inspection des pharmacies, des drogueries, mais non celle des magasins de produits de beauté. La loi du 25 juin 1908 ajoute l'article 29 nouveau. Cette dernière soumet à l'inspection les magasins des coiffeurs et tous les lieux où sont mis en vente ou fabriqués les produits de beauté. Ces établissements sont visités par des inspecteurs adjoints; ils signalent aux préfets les infractions aux prescriptions légales; les préfets désignent alors un pharmacien inspecteur complétant l'enquête.

Pratiquement, nous étant personnellement renseigné, nous pouvons affirmer que ces textes sont tombés en désuétude. Aucun contrôle n'est effectué, ni à la production, ni à la vente des produits de beauté; ceci est regrettable puisque nous avons relevé dans la littérature le cas d'une intoxication due à un produit portant l'étiquette « Brillantine pure » qui était en réalité de l'aniline.

Devant les nombreux cas d'accidents dus aux produits de beauté, la question de la responsabilité se pose. Le fonde-

ment de celle-ci réside dans les articles 1382, 1383 et 1384 du Code Civil.

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais par sa négligence ou imprudence. »

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde. »

Et c'est à celui qui aura subi le dommage de faire la preuve de la faute de celui qui l'aura causé.

Les tribunaux devant qui sont portés les procès de ce genre désignent des experts chargés de déterminer si le produit utilisé est toxique en lui-même ou si simplement on se trouve en présence d'une intolérance. C'est là tout le problème que doit résoudre l'expert.

Dans notre cas, pouvons-nous parler d'intolérance ? C'est-à-dire d'une manifestation active de certains sujets qui ne supportent pas certaines substances que d'autres tolèrent; rien n'expliquant dans la constitution physique ou chimique de l'agent en cause les accidents qu'il détermine. Dans ce cas, on ne peut en effet incriminer le fabricant : « pas plus qu'on ne peut incriminer le fruitier dont les fraises ont déclenché une crise d'urticaire. » (Duvoir et Pollet.)

Pour déterminer s'il y a intolérance, l'expert pourra utiliser la méthode des tests cutanés, dans ce cas l'épidermo-réaction. Il suffit d'imprégner des compresses de gaze du produit suspect, de les recouvrir de cellophane et d'un adhésif, et de laisser agir vingt-quatre heures. En général, ce test fait avec des brillantines mises en cause ne produit pas l'apparition des symptômes décrits. Tout au plus, constate-t-on une irritation locale chez quelques individus qui réagissent aussi bien à d'autres tests.

Dans le cas qui nous concerne, nous ne pouvons parler ni d'idiosyncrasie, ni d'hypersensibilité. Nous trouvons en effet dans la constitution physique et chimique du produit incriminé les agents responsables des lésions apparues chez nos malades (huiles minérales de récupération, impuretés, carbures d'hydrogène).

Le rôle de l'expert se limitera donc, la nature de la lésion établie, à rechercher, avec l'aide d'un chimiste, la composition du produit et à déterminer les éléments qui n'auraient pas dus entrer dans la composition du cosmétique. Il déclarera donc qu'il y a eu faute du fabricant. Le demandeur peut donc, à bon droit, se réclamer des articles 1382, 1383 et 1384.

Envisageons maintenant l'hypothèse où une ouvrière d'usine, utilisant une brillantine ou une crème de beauté falsifiées, voit se déclencher les accidents classiques dus à ces produits. Pensant à l'origine professionnelle de sa maladie, elle pourra revendiquer une indemnité. L'expert sera attiré par la localisation spéciale des lésions; l'élaïkoniose des ouvriers étant surtout localisée sur les mains et les avant-bras qui subissent des projections huileuses et sur la face interne des cuisses et les régions génitales qui sont irritées par les vêtements humectés d'huiles toxiques. Il devra conseiller la suppression de la brillantine ou crème de beauté, prescrire un traitement et n'accepter aucune suspension de travail. Cette ligne de conduite étant observée et les lésions disparaissant, la preuve de l'origine extra-professionnelle de l'affection sera faite, et l'ouvrière déboutée de sa demande.

En dernier lieu, envisageons le cas où le malade rend responsable le vendeur qui met en cause le fabricant dont il n'est que le dépositaire. Il est certain que la responsabilité du vendeur ne saurait être retenue que s'il était reconnu coupable d'une altération du produit. L'expert devra alors reconnaître les éléments constitutifs du produit à la fabrication et à la vente, et déterminer si des produits nocifs ont

été introduits par le vendeur, par pure spéculation commerciale. Si cette preuve est faite, le procès se passe alors entre le demandeur et le vendeur, le fabricant étant mis hors de cause.

En règle générale, la responsabilité incombe au fabricant qui, pour continuer son industrie, s'est décidé à utiliser comme corps gras des « ersatz » qui auraient dû être exclus de la composition de produits entrant en contact avec la peau.

CONCLUSIONS

Ces dermites par brillantines et crèmes de beauté sont donc essentiellement des dermatoses dues à des corps gras de remplacement, dont l'emploi a été rendu nécessaire par les circonstances économiques du temps de guerre et qui doivent disparaître avec le retour à des conditions normales de fabrication.

Nous avons vu qu'elles passent par des stades de gravité croissante qui sont sous la dépendance de la durée d'application des produits.

Elles présentent des formes cliniques spéciales, c'est le cas pour la mélanodermite d'Hoffmann et Habermann qui évolue sur un terrain particulier, déterminé par un dysfonctionnement endocrinien et une carence relative en certaines vitamines, vitamine C en particulier.

Du point de vue médico-légal, enfin, elles posent le problème de la responsabilité des fabricants de ces produits composés d' « ersatz » de corps gras.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,

R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

C. JOULIA.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 30 Novembre 1946.

Le Recteur,

A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Asbeck. — Les dermatoses par huiles de guerre. *Annales de D. et S.*, n^{os} 5-6, juin 1941.

Bagdanovitch. — Contribution à l'étude des dermatoses pétrolières professionnelles. *In Annales de D. et S.*, 1935, p. 372.

Bassi. — Melano-dermia professionale da olu lubrificanti. *Med. Lavoro*, décembre 1939.

Besnoit, Griffon, Fostic, Ronflet. — Sur une brillantine constituée par de l'aniline pure. *Annales de Méd. Légale*, mars-avril 1944.

Blum. — L'élaïkoniose folliculaire (boutons d'huile) et les folliculites acnéiformes professionnelles. Thèse, Paris, 1919.

Carleton. — Emploi et dangers des cosmétiques. *Brit. Med. Journ.*, n° 3779, 10 juin 1933.

David et de Renty. — Sur un cas de boutons d'huile. *Annales de D. et S.*, 30 juillet 1933.

Duvoir. — Les bases de la responsabilité en matière d'accidents par les produits de beauté et les artifices esthétiques. *Soc. de Méd. Légale de France*, 13 mars 1939; *in Annales de Méd. Légale*, n° 4, 1939, p. 357.

Duvoir et Desoille. — L'intolérance aux produits de beauté. *L'Hôpital*, avril 1938.

Feil (A.). — Les dermites par les huiles d'anthracène. *Presse Médicale*, novembre 1943.

Garnier (G.). — Boutons d'huile du visage par brillantine. *B. S. F. D. S.*, n^{os} 3-4, 1944.

Garnier (G.). — A propos des comédons d'huile du visage par brillantine. *Société de Dermatologie*, novembre 1945.

Garnier (G.). — Comédons et boutons d'huile du visage par brillantine. *Presse Médicale*, mars 1946.

Gouget (F.). — Contribution à l'étude de certaines réactions d'intolérance aux produits de beauté. Thèse, Paris, 1937.

Gougerot, Carteaud et Grupper. — Epidémie de comédons par les brillantines, crèmes, etc. de guerre. *B. S. F. D. S.*, 8 novembre 1945.

Hausser. — Les dermatoses professionnelles dues aux huiles de graissages. *Presse Médicale*, n° 16, 23 février 1936.

Joulia, Le Coulant et Servantie. — Mélanoses du visage et du cou. Mélanoses de carence. *B. S. F. D. S.*, n°s 11-12, 1943.

Joulia, Le Coulant et Servantie. — Mélanoses du visage et du cou. Mélanoses de carence. *Journal de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n°s 7-8, avril 1944.

Joulia, Le Coulant et L'Epée. — La mélanose de Richl. Existe-t-il une mélanodermite des hydrocarbures et des goudrons ? (Présenté par M. P. Dervillée). Société de Médecine et d'Hygiène du Travail, séance du 24 juin 1946.

L'Epée. — La mélanose de Richl. Thèse, Bordeaux, 1946.

Louste, Lévy-Franckel. — Mélanose de Richl et élaïkoniose folliculaire. *B. S. F. D. S.*, décembre 1930.

Merville. — Elaïkoniose folliculaire par huiles de remplacement. *Echo Médical du Nord*, n° 1, janvier 1943.

Oppenheim. — Les réactions cutanéo-muqueuses d'intolérance aux produits de beauté. *Concours Médical*, 1937.

Petges (G.), Le Coulant. — La mélanose de Richl. Nouvelle pratique dermatologique, Darier, t. VI.

Sezary, Pasteur Vallery-Radot, Benoist. — Mélanose de Richl. Boutons d'huile, hyperkératose folliculaire chez un ouvrier tourneur sur métaux. *B. S. F. D. S.*, mars 1927.

Sezary et Bolgert. — L'acné comédonienne des brillantines actuelles est essentiellement une dilatation kystique du follicule pileux. *B. S. F. D. S.*, n°s 9-10, 1945.

Simon (C.) et Coutonnet (P.). — Deux cas de boutons d'huile sans mélanose. *Annales de D. et S.*, 11 décembre 1943.

Touraine. — L'acné des brillantines. *Concours Médical*, 10 décembre 1945.

Tzanck, Sidi et Dobkevitch (M^lle). — Nombreux cas d'éruptions acnéiformes dus à une brillantine de fabrication récente. Société de Dermatol., séance de novembre 1945.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, 3, place de la Victoire. — N° 31.2174